

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 99

A PROPOS D'UN CAS
D'HÉMATOCÈLE ANTÉ-UTÉRINE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 mars 1920

PAR

BUIX (Désiré-Auguste-Bertrand)

Né à Paris, le 23 mars 1884

Croix de Guerre (3 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs
de la Thèse

{	DE ROUVILLE, Prof. adj., <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
	VALLOIS, professeur.		
	P. DELMAS, agrégé.		
	ETIENNE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920

A PROPOS D'UN CAS
D'HÉMATOCÈLE ANTÉ-UTÉRINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A PROPOS D'UN CAS
D'HÉMATOCÈLE ANTÉ-UTÉRINE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 mars 1920

PAR

BUIX (Désiré-Auguste-Bertrand)

Né à Paris, le 23 mars 1884

Croix de Guerre (3 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ DE ROUVILLE, Prof. adj., *Président*.
VALLOIS, professeur.
P. DELMAS, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

} *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (⊗).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (⊗).
Microbiologie.....	N....
Pathologie interne.....	N....

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. * ⊗), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ⊗, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (* ⊗), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (* ch. d'ag.
GAUSSEL (* ⊗).	J. DELMAS (⊗).	
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, prof. adj., présid.; VALLOIS, prof.; P. DELMAS, agrégé;
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

D. BUIX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Respectueux et reconnaissant hommage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
P. DELMAS ET ETIENNE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESMONTS
CHARGÉ DE COURS
A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

Témoignage de ma sincère gratitude.

D. BUIX.

AVANT-PROPOS

Avant d'accomplir notre dernier acte scolaire, nous adressons l'expression de notre sincère gratitude à tous nos professeurs de l'École de médecine de Marseille et de la Faculté de Montpellier, ainsi qu'un souvenir reconnaissant à nos maîtres des Lycées, dont nous avons reçu l'instruction générale qui nous a permis, entre autres avantages, de suivre avec quelque profit l'enseignement particulier des diverses branches de la médecine.

Notre maître, M. le professeur de Rouville, nous a accordé la très grande faveur de nous indiquer le sujet de ce travail et de nous confier l'observation clinique sur quoi il est étayé. Qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre vive reconnaissance pour la part qu'il prend ainsi dans l'élaboration de cette thèse et l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'en présider la soutenance.

Nous remercions également son collaborateur et interne, M. J. Cohen, qui nous a permis de bénéficier de ses connaissances spéciales en nous donnant d'utiles indications.

A tous ceux qui nous ont prêté leur amical appui et guidé de leurs conseils nous adressons notre affectueux

souvenir, et, parmi eux, à notre vénéré ami M. Nicolas Estier, officier de la Légion d'honneur; à nos excellents amis et confrères F. Camoin, ex-interne des hôpitaux de Marseille, chevalier de la Légion d'honneur, et R. Brachat, ex-chef de clinique de l'École dentaire de Bordeaux et glorieux combattant; à nos amis fidèles J. Baillon, M. Thibon et H. Courbier; et à tous les camarades qui ont su nous rendre agréable le temps de nos pacifiques études et moins sombres nos quatre années de tranchées.

A PROPOS D'UN CAS

D'HÉMATOCÈLE ANTÉ-UTÉRINE

INTRODUCTION

En publiant l'observation d'hématocèle du cul-de-sac vésico-utérin que nous devons à l'obligeance de M. le professeur de Rouville, nous estimons qu'il serait déplacé, et pour le moins inutile, d'en faire précéder la lecture de dissertations copieuses à propos de l'hématocèle rétro, latéro ou supra-utérine, et de l'étouffer ainsi, inconsidérément, sous le poids d'une documentation facile et d'un discutable intérêt. Nous pensons, au contraire, qu'il importe de lui assurer la place importante qu'elle doit occuper dans ce travail, en écrivant simplement un résumé concis des notions propres à en faciliter la lecture, et de le faire suivre des explications nécessaires destinées à en souligner l'intérêt ou à mettre en relief ses caractères originaux.

C'est dire que nous laisserons de côté, délibérément, la discussion de toutes les théories, rappelées par Gestan, qui, depuis l'ouvrage de Ruysch en 1671 jusqu'à nos

jours, ont été successivement soutenues, abandonnées, puis de nouveau reprises, sur la provenance de l'hémorragie péritonéale responsable de l'hématocèle péri-utérine. Nous nous permettons d'admettre, avec les auteurs contemporains, qu'elle dépend le plus souvent de la rupture précoce d'une grossesse tubaire, sauf les cas exceptionnels où cet épanchement est d'origine ovarienne, est consécutif à la pelvi-péritonite, ou provient de la rupture de kystes hématiques de l'ovaire (1).

Nous ne ferons pas davantage, en un substantiel exposé, l'historique complet ou la comparaison détaillée des moyens curatifs employés pour traiter cette affection, et nous ne rééditerons pas non plus les pages qui ont été écrites à propos des causes prédisposantes ou accidentelles dont dépend l'hématocèle. Pour mener à bien pareille compilation, nous serions conduit à donner à ce travail un développement inusité, et encore risquons-nous de laisser dans l'oubli nombre d'estimables auteurs.

Il nous suffira, pour remplir la tâche proposée à notre effort, de rappeler de manière concise, après l'historique de notre sujet, ce qu'est une hématocèle péri-utérine, d'en signaler la localisation en arrière, sur les côtés, au-dessus de l'utérus, et de faire une brève description de ces différentes variétés.

Nous arriverons ainsi à l'étude de l'hématocèle anté-utérine.

Après avoir décrit sa symptomatologie et indiqué son diagnostic, en insistant particulièrement sur les rensei-

(1) De Rouville. — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste folliculaire hémorragique d'un ovaire microkystique (Annales de gyn. et obst., Paris, 1908).

gnements fournis par l'examen direct, nous rappellerons successivement les diverses causes que les auteurs attribuent à cette localisation, et dont la principale, pour ne pas dire la seule, est la barrière opposée à l'écoulement de la masse sanguine dans le cul-de-sac de Douglas où se fixe habituellement l'épanchement, par suite de l'oblitération pathologique de cette cavité.

Jusqu'ici, les classiques reconnaissent comme unique cause à cette fermeture du cul-de-sac postérieur le développement d'adhérences anciennes, solidement établies entre les deux feuillets péritonéaux qui le limitent.

Mais nous verrons, par l'étude de l'observation nouvelle de M. le professeur de Rouville, que l'on peut rencontrer la présence d'une hématocele dans le cul-de-sac vésico-utérin, alors que le Douglas est manifestement libre de toute adhérence et que sa cavité a entièrement conservé sa capacité normale.

Cette cause nouvelle de localisation en avant de la collection hématique était provoquée par une disposition anatomo-pathologique particulière, le petit bassin se trouvant divisé en deux cavités distinctes par suite de l'adhérence intime du tablier épiploïque avec le fond de l'utérus et son accolement à la face postérieure des annexes gauches et à la face antérieure du ligament large droit.

HISTORIQUE

Si les auteurs se sont depuis longtemps occupés de l'hématocèle à propos des tumeurs du petit bassin, c'est depuis peu de temps que nous trouvons mentionnée la variété qui nous occupe; et Nélaton lui-même, dans ses leçons de 1871 à l'hôpital Saint-Louis, ne fait aucune allusion à l'hématocèle anté-utérine.

Gallard, cependant, dans son Mémoire sur les hématocèles péri-utérines, spontanées, en 1858, en signale, le premier, l'existence et tire argument de son observation d'une hématocèle antérieure pour employer le terme nouveau : « péri-utérines », qu'il propose de substituer au terme de « rétro-utérines » exclusivement usité depuis les travaux de Figuès.

En 1871, à la Société de chirurgie, Robert rappelle encore que la collection hématique peut exceptionnellement se rencontrer ailleurs que dans le Douglas.

Mais, après l'observation de Gallard, les auteurs ne mentionnent la variété antérieure que de manière incidente, et c'est en 1872 seulement que Braun en publie la seconde observation, bientôt suivie de celles de Schröder et de Martin-Magron.

Depuis, encore qu'au total peu nombreuses, les observations se sont multipliées; nous en devons plusieurs à Cestan, à Hofmohl, à F. Berlin. Et en 1895, Paul Bertrand publie sur la question un travail d'ensemble très étudié, où il met en relief les documents dispersés dans les ouvrages les plus divers, et les fait suivre de nouvelles observations.

Après l'apparition de ce travail, quelques cas d'hématocèles anté-utérines sont encore signalés dans différentes publications, et C. Mariani en particulier, dans la *Gazette des Hôpitaux* de Milan, collection 1899, décrit deux intéressantes observations.

Celle que nous donnons plus loin date de quelques semaines seulement, et nous la publions in extenso. Elle présente, en effet, l'avantage sur les autres observations d'hématocèles du cul-de-sac vésico-utérin, d'ailleurs fort rares, d'être minutieusement étudiée, très complète, et de donner une description détaillée des particularités anatomopathologiques originales qui ont provoqué sa localisation.

DES HÉMATOCÈLES PÉRI-UTÉRINES

H. rétro-utérine — H. latéro-utérine — H. supra-utérine
H. circum-utérine

Avec Gallard, nous emploierons le terme de « péri-utérine » ; il est, en effet, beaucoup plus logique, dit-il, de préférer la dénomination de péri-utérine à celle longtemps employée de rétro-utérine ; car s'il est vrai que la collection sanguine s'accumule le plus souvent dans le cul-de-sac péritonéal utéro-rectal, en arrière de l'utérus, il n'en est pas moins incontestable qu'elle déborde toujours sur les côtés et qu'elle peut se rencontrer quelquefois même en avant.

Quelle que soit sa localisation, l'hématocèle est constituée par un épanchement sanguin, quelquefois diffus, le plus souvent enkysté sous la forme d'un amas plus ou moins volumineux de caillots épais et noirâtres. Il se forme ainsi une poche que sépare de la grande cavité péritonéale une barrière d'adhérences souvent très solides.

Cette poche, ainsi fermée par des pseudo-membranes et isolée du reste de la cavité abdominale, peut préexister à l'hémorragie, ou bien, et c'est le cas le plus fréquent,

celle-ci précède l'enkystement du cul-de-sac, où elle vient se répandre.

Diffuse ou enkystée, mais moins dramatique dans le second cas, l'hématocèle débute d'une manière soudaine, accompagnée d'une douleur abdominale vive et spontanée; la femme éprouve des nausées qui peuvent aller jusqu'au vomissement; elle peut tomber en syncope et l'on a pu constater quelquefois un collapsus complet avec disparition du pouls radial.

On voit par la suite se manifester des phénomènes secondaires de compression, sous l'action de la tumeur sanguine sur les organes voisins; les selles deviennent pénibles et souvent douloureuses; la miction est difficile et il n'est pas exceptionnel de constater la rétention ou l'incontinence d'urine.

Les cordons nerveux comprimés sont le point de départ de crampes et de douleurs dans les membres inférieurs. En même temps que ces accidents, la malade présente souvent des métrorragies, avec expulsion de débris de caduque.

Localisations de l'hématocèle. — Lorsque l'épanchement hémattique se produit, il ira occuper, sous la simple influence de la pesanteur, la région la plus déclive du bassin, et, que la femme soit couchée, assise ou dans la station debout, cette région sera toujours celle du cul-de-sac de Douglas. Ainsi s'explique la fréquence de l'hématocèle rétro-utérine.

Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'hématocèle peut être latéro-utérine; on ne rencontre guère, en effet, d'épanchement dans le cul-de-sac latéral droit ou gauche, ou dans les deux simultanément, que lorsque s'est déjà produite une très abondante hémorragie

dans la cavité péritonéale anté ou rétro-utérine, ou dans le cas d'hématocèle totale. La même étiologie explique aussi la production, encore plus rare, d'hématocèle circum-utérine, signalée par de Sinety.

Quant aux hématocèles supra-utérines, l'étiologie en serait la suivante : lorsqu'il s'est produit une première hémorragie et que le sang épanché a subi un enkystement dans le Douglas, il peut arriver, si cette première hémorragie a été assez abondante, que le niveau supérieur de la collection sanguine ainsi enkystée dépasse le fond de l'utérus ; s'il survient une deuxième hémorragie, l'hématocèle ainsi formée dépassera le fond de l'utérus, en confinant à la paroi abdominale antérieure. Ou bien, selon P. Bertrand, cette variété supra-utérine serait la conséquence d'une « hématocèle anté-utérine avortée », et il admet, pour expliquer sa formation, que, l'utérus se trouvant en l'occurrence anormalement dévié en arrière et la vessie d'autre part étant distendue par rétention d'urine et appliquée contre la matrice, le sang ne peut ainsi se répandre dans le cul-de-sac vésico-utérin, et par suite ira se collecter au-devant de la paroi abdominale, en coiffant le fond de l'utérus.

LES HÉMATOCÈLES ANTÉ-UTÉRINES

L'hématocèle anté-utérine est la tumeur sanguine siégeant dans le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, entre la vessie refoulée en avant et l'utérus refoulé en arrière.

De même que les autres localisations, elle se produit généralement chez des femmes de 25 à 35 ans et peut être provoquée par le moindre accident : chute, traumatisme abdominal léger ; ou même sans cause extérieure appréciable. Qu'elle se produise selon le mode dramatique déjà décrit, ou de manière plus insidieuse, l'hématocèle antérieure est le plus souvent précédée de manifestations morbides du côté de la matrice ou de ses annexes. « Ce syndrome utérin est la signification extérieure de l'état plus ou moins maladif de la trompe, préparant ainsi les conditions de l'affection. » Il est rare, en effet, que la malade n'ait pas déjà présenté des symptômes de périmétrite chronique et des désordres menstruels.

Presque toujours, d'ailleurs, l'épanchement sanguin est produit, ici encore, par une rupture de grossesse tubaire, et s'accompagne des divers accidents consécutifs à l'hémorragie interne.

Période d'état. — Trois symptômes fonctionnels la dominant : la douleur, les signes de l'hémorragie et les phénomènes de compression.

La douleur est due à la réaction péritonéale contre l'épanchement sanguin ; dans le bas-ventre, ces douleurs, violentes ou gravatives, sont exaspérées encore par la pression ou le mouvement. D'après Courty, elles peuvent encore revêtir la forme de coliques intestinales, ou bien, selon Poncet, rappeler les douleurs expulsives de l'accouchement et s'irradier vers la vessie, les reins et le rectum.

Les signes de l'hémorragie interne se caractérisent par la tendance à la syncope, la pâleur cadavérique du visage, la fréquence et la petitesse du pouls. On note aussi des symptômes de péritonisme ; la femme est prise de frissons, de nausées, de vomissements ; le ventre est ballonné, le facies grippé.

Les phénomènes de compression, proportionnels à l'abondance de l'épanchement, sont plus fréquents et plus marqués que dans les autres localisations de l'hématocèle. Du côté du rectum : douleur spontanée, dyschésie, constipation, rectite glaireuse. Du côté de la vessie : dysurie, ténésme et parfois rétention ou incontinence. Du côté des uretères : dilatation et même urémie (Leroux). Du côté des nerfs : névralgies lombo-abdominale et crurale. Du côté des veines : œdème des membres inférieurs.

L'avenir de l'épanchement dépend surtout de l'état du péritoine : si celui-ci s'infecte, la collection suppurera, et l'on verra à l'ouverture du ventre une masse de caillots blanchâtres surnageant dans un liquide citrin, au-dessus d'une couche plus ou moins épaisse de pus.

D'après Lawson-Tait, il faudrait rechercher la cause de la suppuration dans la présence de débris fœtaux; on a aussi accusé de septicité habituelle le liquide des hématoécèles (Boisleux); il semble aujourd'hui démontré que cette suppuration est le plus souvent imputable au colibacille à point de départ intestinal, ou accidentellement consécutive à une intervention non aseptique.

Examen et Diagnostic. — A l'inspection, l'abdomen apparaît uniformément météorisé. La palpation abdominale, simple d'abord, mais que l'on devra ensuite combiner avec le toucher vaginal, peut au début être difficile à pratiquer, par suite de la sensibilité et du ballonnement du ventre.

On sent sur la ligne médiane une tumeur qui remonte plus ou moins haut au-dessus de la symphyse pubienne et peut dépasser l'ombilic. La palpation ne permet pas, naturellement, de jamais percevoir l'utérus, et c'est là un des caractères qui distinguent l'hématoécèle antérieure de celle du Douglas. De plus, l'importance de l'épanchement mise à part, la tumeur hypogastrique semble remonter plus haut que dans la variété postérieure. Elle dépasse le plus souvent l'ombilic, s'étalant en quelque sorte au-devant de la paroi abdominale, tandis que dans les hématoécèles rétro-utérines l'ombilic n'est que rarement atteint — le cas de Tugard (Ann. gyn., 1886) où le plastron remontait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic étant absolument exceptionnel.

Au toucher, on constate que le col est généralement porté en avant; le vagin a une température normale, sauf en cas de suppuration; le cul-de-sac antérieur est proéminent, et souvent aussi le cul-de-sac droit ou gauche,

ou même tous les deux ; le Douglas est vide. L'exploration bimanuelle permet de reconnaître l'élasticité de la tumeur qui n'est que rarement fluctuante ; et il est quelquefois possible de provoquer, par la pression des doigts, une sorte de crépitement, comparable, dit Schröder, au « bruit que l'on provoque en froissant de la neige ». La masse sanguine, de volume variable, est arrondie et globuleuse, embrassant en croissant la face antérieure du col, dont elle peut être séparée par un léger sillon.

Le tableau clinique qu'offre l'hématocèle est souvent si caractéristique, dit Pozzi, que l'hésitation n'est pas permise.

Il faudra cependant veiller à ne pas confondre l'hématocèle antérieure avec un noyau de paramétrite antérieure, dont on cite quelques cas ; avec un fibro-myome de la face antérieure de l'utérus, accompagné de phénomènes aigus ; avec un kyste de l'ovaire à pédicule tordu ; avec un utérus gravide précocement antéfléchi ; avec un kyste dermoïde ; avec un abcès ou un épanchement sanguin de la cavité de Retzius.

La constatation simultanée des phénomènes de grossesse au début et des symptômes de l'hémorragie interne, les renseignements fournis par l'examen et les anamnestiques, permettront le plus souvent de fixer très vite le diagnostic.

CAUSES DE L'HÉMATOCÈLE ANTÉ-UTÉRINE D'APRÈS LES AUTEURS

Nous allons successivement rappeler l'exposé des causes de l'hématocèle anté-utérine, telles que les ont constatées les différents auteurs.

Dans le cas de G. BRAUN (Wiener med. Wochensch., 1872), signalé dans la thèse de Nachtel, le cul-de-sac vésico-utérin était primitivement fermé par le haut par adhérence des parois péritonéales ; une hémorragie se produit dans la cavité ainsi limitée et la transforme en poche sanguine.

Dans le cas de TRECHSEL (Corresp. Blatt f. Sweizer Aertze, 1875, n° 9), le Douglas avait été oblitéré une année auparavant par une hématocèle enkystée ; et une deuxième hémorragie permet ensuite l'établissement d'une tumeur anté-utérine.

SCHROEDER dit, dans son ouvrage sur les maladies des organes génitaux de la femme, 1886, page 496 : « Une tumeur sanguine peut se produire en cet endroit dans différentes circonstances. Elle peut n'être que la manifestation partielle d'une hématocèle rétro-utérine considérable enkystée, qui s'étend par-dessus l'utérus jusqu'à

la paroi abdominale antérieure. Dans ces cas l'excavation vésico-utérine est aussi remplie de sang...

Le plus souvent l'hématocèle anté-utérine ne survient que lorsque les parois du cul-de-sac de Douglas sont entièrement soudées l'une à l'autre. Lorsque l'utérus est intimement relié au rectum, l'excavation vésico-utérine se déprime insensiblement de plus en plus sous l'action de la pression abdominale et remplace en tous points le cul-de-sac de Douglas, même au point de vue de l'établissement d'une l'hématocèle. J'ai observé un cas pareil après rupture d'un kyste de grossesse extra-utérine.

PONCET (thèse d'agrégation, 1878, p. 75) : « En thèse générale, les épanchements sanguins anté-utérins sont consécutifs à un cloisonnement ancien du cul-de-sac postérieur. Des accidents de pelvi-péritonite ont, à un moment donné, provoqué la formation d'adhérences entre les feuillets qui limitent en avant et en arrière la cavité de Douglas. »

A. COURTY (Traité pratique des maladies de l'utérus, 1881) : « L'épanchement se fera de préférence derrière l'utérus où se trouve le plus grand développement de la séreuse, en même temps que les ovaires et les pavillons sont toujours dirigés en arrière, et non en avant. Aussi l'hématocèle est-elle plus souvent rétro-utérine que péri-utérine. Cette règle est si formelle que l'hématocèle anté-utérine est considérée comme n'étant que généralement secondaire et jamais primitive, et ne se formant qu'à la suite d'une hématocèle péri-utérine ou rétro-utérine qui l'a précédée et dont la continuation est devenue impossible par suite d'adhérences, de brides fibreuses unissant l'utérus au rectum et au sacrum de manière à empêcher

la continuation de tout épanchement sanguin dans l'espace de Douglas. »

POZZI (Traité de gynécologie) : « Cependant il peut arriver que le cul-de-sac de Douglas ait été oblitéré par un travail plastique antérieur. Alors c'est en avant, entre la vessie et l'utérus, que le sang s'amasse sous l'influence de la pesanteur. »

JOUSSET : « Ce siège est rare, parce que le cul-de-sac utéro-vésical est moins profond que le cul-de-sac recto-utérin, parce que, dans la position couchée, le sang qui serait épanché dans cette région aurait par son propre poids une tendance à passer dans le cul-de-sac postérieur. »

BARNES pense que la réplétion de la vessie tendrait à produire le même résultat.

P. BERTRAND, dans sa thèse, considérant que le sang s'épanche dans la cavité de Douglas parce qu'elle est normalement la partie la plus déclive, retourne le problème à l'avantage de la cavité antérieure pour expliquer un cas d'hématocèle pré-utérine observé par lui. Le cul-de-sac vésico-utérin, affirme-t-il, était alors plus bas que le Douglas, l'hématocèle s'étant produite chez la malade pendant que, occupée à laver son linge, elle avait le corps fortement plié en avant.

Signalant ensuite l'instabilité pathologique fréquente du corps de l'utérus, premier degré du prolapsus utérin, il en résulte, dit-il, un abaissement de la matrice qui se couche en arrière, presque dans l'axe du canal vaginal. Dans cette position, le cul-de-sac antérieur est ouvert à angle très obtus ; la pression abdominale tend à le rendre plus profond, le distend entre les ligaments ronds et crée un espace tout préparé pour une collection sanguine.

Dans les ouvrages ou les diverses publications que

nous avons pu consulter, nous trouvons l'indication des mêmes causes que celles que nous rapportons plus haut, et c'est généralement de manière très brève et incidemment qu'elles sont signalées. Certains auteurs expliquent aussi la localisation antérieure de l'hématocèle par la propriété de l'utérus, « organe en équilibre instable », de varier de position ; ou encore la rupture en avant de l'une des trompes, par suite de la situation anormale de ce conduit contre la face antérieure de la matrice.

UNE NOUVELLE CAUSE D'HÉMATOCÈLE ANTÉ-UTÉRINE

De l'étude des diverses théories que nous venons de rappeler, nous pouvons conclure que la localisation de l'hématocèle dans le cul-de-sac vésico-utérin est généralement due au cloisonnement et à l'oblitération, par des adhérences péritonéales, de la cavité de Douglas; par la déviation en arrière de l'utérus ou par son accollement au rectum au moyen de brides qui l'unissent à cet organe et au sacrum.

Nous résumerons les causes de l'hématocèle anté-utérine en disant que celle-ci se produit toutes les fois que le cul-de-sac vésico-utérin est amené à remplacer le Douglas, devenu imperméable ou inaccessible à l'épanchement; elle est donc sous la dépendance des divers mécanismes provoquant l'occlusion de la loge postérieure et l'ouverture de la cavité, normalement virtuelle, située entre l'utérus et la vessie.

Dans le cas que nous signalons, comme dans tous les cas observés jusqu'ici, l'épanchement s'est répandu en avant de l'utérus parce qu'une barrière interdisait l'accès du cul-de-sac de Douglas.

Mais, tandis que cette barrière est le plus souvent constituée par le cloisonnement du cul-de-sac postérieur et l'accolement de ses parois au moyen d'adhérences péritonéales, nous constaterons, par la lecture de l'observation, qu'il était, au contraire, parfaitement libre de toute bride anormale et que sa cavité, vide de tout caillot, avait conservé entièrement sa capacité habituelle.

L'hématocèle en avant, dépend ici d'une disposition anatomo-pathologique particulière, due à des adhérences de l'épiploon aux organes génitaux internes.

Par suite de ces adhérences, le petit bassin se trouve divisé en deux cavités secondaires : l'une, antérieure, où se trouve la loge vésico-utérine ; l'autre, postérieure, limitée en bas par la loge de Douglas. La trompe gauche, anormalement amenée dans la loge antérieure, provoquera en se rompant l'hémorragie, cause de l'hématocèle.

L'épiploon est solidement et intimement soudé à la face postérieure des annexes gauches et au fond de l'utérus, et rattaché par des adhérences à la face antérieure des annexes droites. La cavité antérieure, dont nous parlons plus haut, se trouve par suite ainsi limitée : en avant, la paroi abdominale ; en arrière, la face antérieure de l'utérus et des annexes, et l'épiploon. La cavité postérieure est limitée à la partie supérieure par le tablier épiploïque, et en bas par la face postérieure des annexes et de l'utérus.

Par suite de cette disposition, l'hémorragie produite par rupture d'une grossesse tubaire gauche devait fatalement se répandre dans la cavité située en avant de l'épiploon et des organes génitaux internes, et, par suite de la pression exercée, se localiser dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Ainsi donc, cette observation, dont la publication serait intéressante, même en dehors de ses caractères originaux — étant donnée la rareté relative de l'épanchement sanguin en avant — présente un intérêt tout particulier en signalant pour la première fois que cette localisation peut être provoquée par suite des adhérences du tablier épiploïque aux organes génitaux internes, la cavité de Douglas étant restée parfaitement perméable.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville)

M^{me} R..., 30 ans, domiciliée à Montpellier.

Antécédents personnels. — Une grossesse suivie d'un accouchement normal, il y a huit ans ; une fausse couche de trois mois, sans suites pathologiques, il y a six ans ; et une broncho-pneumonie grippale en 1918, dont elle est depuis longtemps complètement remise.

Le 16 août 1919, cinq jours après le début de ses règles, apparues à leur époque normale, elle éprouve brusquement une violente douleur dans la région pelviliacque gauche. Elle prend le lit durant quelques heures ; puis, se sentant mieux, se lève. Ses « règles », dit-elle, continuent.

Trois jours plus tard, nouvelle douleur brusque, très vive, et de même siège. Elle s'alite à nouveau ; mais cette fois une douleur sourde persiste et elle garde le lit durant un mois. Elle perd toujours du sang, et, un certain jour, le médecin qui la soigne constate la présence d'une véritable « membrane » parmi les caillots, probablement un lambeau de caduque utérine.

Entre temps viennent se greffer, sur la douleur sourde et continue que ressent toujours la malade, plusieurs crises douloureuses aiguës, sans toutefois perte de con-

naissance, mais accompagnées de vomissements. Les douleurs s'irradient dans tout l'abdomen, atteignant à son tour la région pelvi-iliaque droite. Des troubles vésicaux apparaissent, caractérisés par une dysurie pénible. La malade est constipée.

Le 20 septembre, soit 36 jours après le début de l'affection, M. le professeur de Rouville est appelé auprès de M^{me} R. Après avoir recueilli les renseignements précédents qui l'inclinent à soupçonner un avortement tubaire, il pratique l'examen direct.

Le col est entr'ouvert, ramolli et porté en arrière; le Douglas manifestement vide, non douloureux mais aplati d'avant en arrière par le corps de l'utérus; celui-ci est augmenté de volume et le doigt en sent nettement la continuité avec le col. Le cul-de-sac antérieur bombe légèrement et le doigt perçoit une masse rénitente, pseudo-liquide, douloureuse, qui siège entre la vessie refoulée en avant et l'utérus repoussé en arrière. Le cul-de-sac gauche est également occupé par une masse présentant les mêmes caractères et que la main abdominale délimite nettement; elle s'élève jusqu'à une ligne transversale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure, et, avant d'atteindre la ligne médiane, elle descend, pour se continuer avec la tumeur perceptible à travers le cul-de-sac antérieur. Cette dernière se rattache également à une troisième masse de même nature, qui occupe la fosse iliaque droite, mais elle est moins volumineuse que la masse gauche et ne remonte qu'à un travers de doigt environ au-dessus de l'arcade de Fallope.

La palpation abdominale permet de reconnaître une sensibilité très marquée au niveau des trois masses, latérales et médiane; et la perception d'un pseudo-flot, allant de l'une à l'autre, en dénote la continuité.

Pour des raisons indépendantes de sa volonté, M. le professeur de Rouville ne peut opérer que le 27 septembre, sept jours après son examen.

A l'ouverture du ventre, le petit bassin et les fosses iliaques apparaissent remplis de caillots récents et anciens et de sang noirâtre liquide. On évacue sang et caillots à pleines mains.

La cavité, ainsi vidée, reste tomenteuse, tapissée de débris fibrineux adhérents. Elle est constituée par la loge péritonéale vésico-utérine, la vessie aplatie contre le pubis en formant la paroi antérieure ; la paroi postérieure est formée en son milieu par la face antérieure de l'utérus et, d'autre part, par la face antérieure des ligaments larges fortement refoulés en arrière. A gauche de cette face postérieure, faisant fortement saillie en avant, se trouvent les annexes gauches, enserrées par des adhérences. Enfin, cette paroi postérieure se prolonge en haut par le tablier épiploïque, infiltré de sang, qui adhère très solidement, de manière intime, à la face postérieure des annexes gauches, et par des liens moins solides au fond de l'utérus et à la face antérieure du ligament large droit.

Le doigt détruit aisément ces dernières adhérences ; l'utérus est saisi par l'hystérolabe et porté en avant ; le ligament large droit suit ; et il est alors facile de se rendre compte que le cul-de-sac de Douglas est absolument normal, libre de toute adhérence et ne renfermant pas trace de sang. L'énucléation des annexes gauches qui se pédiculisent bien est assez laborieuse. Ligature et excision du pédicule annexiel ; mais cette masse annexielle est très fortement adhérente par sa face postérieure au grand épiploon, dont on résèque, après ligature, huit centimètres environ.

L'utérus est sain, un peu mou et gros; les annexes droites sont saines, on les respecte. On résèque cependant un kyste hématique d'un gros corps jauné de l'ovaire droit. Le nettoyage du bassin est opéré à l'aide de compresses éthérées; un drain est placé dans le cul-de-sac vésico-utérin, et l'on ferme à trois plans.

Les suites opératoires sont parfaites, et la malade quitte l'hôpital trois semaines après l'intervention.

Examen des pièces. — La masse annexielle enlevée est entourée d'adhérences enserrant l'ovaire et la trompe, à laquelle est intimement uni l'épiploon réséqué. L'ovaire est scléro-kystique et adhère à la trompe. Celle-ci, du volume du pouce, est recouverte de débris cruoriques; son ostium abdominale est largement dilaté et un gros caillot en obstrue l'orifice. Une coupe tubaire longitudinale montre ce caillot faiblement adhérent à la muqueuse; sa base répond à l'ostium abdominale, tandis que son sommet s'effile en pointe vers l'utérus.

La pièce est remise à M. le professeur agrégé Grynfeldt qui rédige la note suivante :

« Les coupes intéressent la partie de la trompe à laquelle adhère le caillot sanguin, ainsi que la plus grande partie de ce caillot. Celui-ci est presque partout stratifié, à la façon de ceux que l'on trouve dans les sacs anévrysmaux, c'est-à-dire que des strates de caillot cruorique alternent régulièrement avec des assises purement fibrineuses. Nombreux leucocytes dans ce caillot, surtout des polynucléaires en bon état de conservation. A la surface du caillot, et aussi à une certaine profondeur, on rencontre des sections transversales ou obliques de villosités choriales, avec leur axe conjonctif recouvert de l'épithélium caractéristique. Il s'agit donc d'une grossesse tubaire. »

CONCLUSIONS

I. — L'hématocèle péri-utérine est localisée le plus souvent dans le cul-de-sac postérieur, qui se trouve la région la plus déclive; mais elle peut, exceptionnellement, occuper les côtés de l'utérus, en coiffer le fond, ou se fixer dans le cul-de-sac vésico-utérin.

II. — L'hématocèle anté-utérine reconnaît pour causes particulières : l'hémorragie postérieure débordant en avant, la déviation en arrière de l'utérus ou son accollement au rectum, et surtout l'oblitération du cul-de-sac postérieur par des adhérences péritonéales anciennes.

III. — L'observation reproduite montre qu'il peut exister un nouveau mode de localisation en avant de l'hématocèle, par suite d'adhérences épiploïques au fond de l'utérus et aux annexes, le Douglas étant resté perméable et libre d'adhérences et de caillots.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 27 février 1920

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 27 février 1920.

Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- AITKEN. — Hématocèle anté-utérine non enkystée (Arch. f. Gyn., 1873).
- BARNES. — Traité clinique des maladies des femmes, 1876.
- BERLIN (F.). — Am. J. of obst., mai 1889.
- BERNUTZ. — Traité des maladies des femmes, 1866.
— Archives générales de médecine, 1884.
- BERTRAND (P.). — De l'hématocèle anté-utérine (Thèse Nancy, 1895).
- BESNIER. — Contribution à l'étude des hématocèles péri-utérines (Ann. de gyn., Paris, 1877).
- BOISLEUX. — Clinique française, 1894.
- BRAUN (G.). — Wiener med. Wochenschr., 1872, nos 22 et 23.
- CESTAN. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne (Thèse Paris, 1894).
- CHASSAIGNAC. — De la suppuration (hématocèle pré-utérine), 1859, t. II, p. 463.
- CLEU (H.). — Contribution à l'étude des hématocèles pelviennes infectées (Thèse Lyon, 1911).
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1881, p. 1212.
- DUPLAY. — L'hématocèle péri-utérine (Union méd., Paris, 1892).
- FABRE et BOURRET. — Rupture de grossesse tubaire (Bull. Soc. obst. et gyn., 1913, ii 87-90).
- FELTGEN. — Haematocoele anteuterina (Bull. d. sc. méd. du Grand-Duché de Luxembourg, 1882).
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie.

- GALLARD. — Mémoire sur les hématoèles péri-utérines spontanées (Société médicale des hôp. 14 juillet 1858; *in* Arch. gén. de médecine, 1860, vol. II, p. 679).
- GUÉRIN (A.). — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme, p. 439.
- HOFMOKL (J.). — Haematocele anteuterina, 1888.
- LAWSON-TAIT. — British med. Journ., 1885, 1888.
— Lectures on ectopic frequency and pelvic haematocele, 1888.
- MARCY. — Hématoèle anté-utérine sous-péritonéale (New-York med. J., 1874, XX, 492).
- MARIANI (C.). — Due casi di ematocele anteuterino e retrouterino (Gazz. d. osp. Milano, 1899, XX, 516).
- NACHTEL. — De l'hématoèle péri-utérine (Thèse Paris, 1875).
- OLSHAUSEN. — Arch. f. Gnakol., 1870.
- PISTOR. — Hématoèle anté-utérine (Berlin. klin. Woch., 1868).
- PONCET. — De l'hématoèle rétro-utérine (Thèse d'agrégation, 1878, p. 75).
- POZZI (S.). — Traité de gynécologie.
- PUECH (A.). — Hématoèle péri-utérine (Mémoire, Montpellier, 1858).
- ROBERT. — Bull. Soc. chirur., 1852, p. 132.
- ROUVILLE (de) et J. COHEN. — Localisation d'une hématoèle dans le cul-de-sac vésico-utérin (Communication à la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier, 19 déc. 1919.)
- SCHROEDER (C.). — Maladies des organes génitaux de la femme (trad. française, p. 496). — Et *in* Arch. für Gyn., 1873.
- SIREDEY. — Thèse Paris, 1860, p. 98.
- SURER. — Hématoèle spontanée chez la femme (Thèse Paris, 1890).
- TÉDENAT. — Congrès français de chir. (Paris, 1910).
- TRECHSEL. — Corresp. Blatt f. Sweizer Aertze, 1875.
- WALEACE. — Brit. med. Journ., 22 oct. 1910.
- WELCH. — Pelvic haematocele (Med. Rec. New-York, 1883).
- WEIT. — Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlecht (1874).
- ZWEIFEL. — Behandlung der Haematocele (Münch. med. Woch., 1903, n° 34).
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
